

Patient Information Form Formulario de informacion sobre el paciente

Patient Name/Nombre y apellido del paciente : _____

Hospital Name/Nombre del hospital : _____

Date of Examination/Fecha del examen: _____

Examining Practitioner/Médico que practicó el examen: _____

With your consent, a number of specimens were collected from you to provide evidence in court should the case be prosecuted. You may call _____ at _____ to discuss the release of disposition of the sexual offense evidence collected today. Additional tests were conducted as follows:

Usted dio su autorización para que le sacaran muestras de laboratorio que, en caso de juicio, se presentarán como prueba ante los tribunales. Usted puede llamar a _____ al _____ para hablar sobre la presentación o entrega de la muestra que le sacaron hoy como prueba del delito sexual. Además, le hicieron las siguientes pruebas :

	Yes/Si	No
1. A blood test for syphilis/Análisis de sangre para detectar sífilis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. A blood test for Hepatitis B/Análisis de sangre para detectar hepatitis B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Smear and culture for:/Frotis y cultivo de: Gonorrhea/Gonorrea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chlamydia/Clamidia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trichomonas/Tricomonas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Other (specify)/Otras pruebas (indicar) _____		

You were given medication as follows:/Le dieron los siguientes medicamentos:

Name of medication/Nombre del medicamento	Dosage/Dosis	For/Por
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Remarks:/Observaciones: _____

You were not given any treatment medication because/No le hicieron tratamiento con medicamentos porque:

You were given information/referrals for the following:/Le dieron la siguiente información/referencias:

Agency/Agencia

Number/Numero

Rape Crisis Counseling/Apoyo psicológico por violación _____

HIV/AIDS counseling and Testing/Apoyo psicológico y
Para detectar el VIH/SIDA _____

Crime Victims Compensation/Compensación a las
Victimas de crímenes _____

Other/Otras agencies _____

- An appointment was made for you at this hospital for follow-up medical treatment on _____ (date)
Le dieron una hora en este hospital para el tratamiento médico subsiguiente el _____ (fecha)
- An appointment was made for you at this hospital for follow-up counseling on _____ (date)
Le dieron una hora en este hospital para la sesión de apoyo psicológico subsiguiente el _____ (fecha)

(Health Practitioner Signature)/(Firma del profesional de la salud)

- I have received this Patient Information Form/He recibido este formulario de información sobre el paciente.

(Patient/Parent/Guardian Signature)/(Firma del paciente/padre/madre/tutor)

- I do not wish to receive this form./No deseo recibir este formulario.

(Patient/Parent/Guardian Signature)/(Firma del paciente/padre/madre/tutor)

Distribute one copy to patient/Entregue una copia al paciente.
File one copy in Medical Record/Archive una copia en la historia clínica